

1. Социально-трудовые права женщин в России/ Под ред. И.М. Козиной. М., 2012. 268с.
2. Ries N. The Burden of Mythic Identity: Russian Women at Odds with Themselves // Feminist Nightmares: Women at Odds. Feminism and the Problem of Sisterhood / Ed. by S.O. Weissner, J. Fleicher. New York: New York University Press, 1994. – 56 p.
3. Воронина О.А. Гендерная экспертиза законодательства РФ о средствах массовой информации. М., 1998 г. - 112 с.
4. Клецин А.А. Распределение домашних обязанностей между супругами: факты, проблемы, интерпретации. // Журнал социологии и социальной антропологии. 2003. Том VI. №2. – 133с.

Клейменов М.В.,
г. Екатеринбург

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К АНАЛИЗУ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В современной отечественной социологии активно развивается отрасль социологии медицины, рассматриваются проблемы здоровья, болезни, здравоохранения, врачебной профессии и т.д. Но исследование сельского здравоохранения практически не представлено, разве что в составе всего российского здравоохранения.

Теоретико-методологический анализ сельского здравоохранения может быть представлен с позиций разных подходов: институционального, деятельностного, ресурсного, структурно-функционалистского, системного и других. Наше внимание уделено перспективам и особенностям изучения сельского здравоохранения как системы.

Под социальной системой понимается «собой совокупность, которая больше суммы ее составляющих. В ней возникают определенные закономерности, новые свойства, предполагающие рассмотрение частей

вместе с целым, а не отдельно от него. При этом индивид рассматривается как член социальной системы, и его поведение интерпретируется именно с этой позиции» [1, с.31].

Мы считаем, система сельского здравоохранения включает целый ряд подсистем, которые в свою очередь можно рассматривать как отдельные системы:

1. подсистема взаимодействия общностей,
2. подсистема медицинского обслуживания,
3. подсистема учреждений,
4. подсистема управления,
5. подсистема норм и санкций.

Остановимся на каждой из выделенных подсистем, подсистема взаимодействия общностей. Под социальной общностью принято понимать «все объединения людей, в которых создана и сохраняется, хотя бы в течение очень короткого периода, определенная социальная связь» [7, с.115]. Сельские медицинские работники - социально-профессиональная общность, представители которой непосредственно занимаются медицинской практикой, оказанием первой доврачебной и врачебной помощи сельскому населению.

Высшее место в иерархии медработников составляют сельские врачи, имеющие право оказывать специализированные медицинские услуги. Врачи обладают высшим профессиональным образованием, по которому оценивается престиж (статус) профессии врача среди остальных медицинских профессий (фельдшер и медицинская сестра). Специфика врачебной профессии заключена в высокой степени клинического мышления – постановки максимально истинного диагноза и назначения курса лечения.

Особое место в профессиональной общности врачей занимают участковые врачи-терапевты, поскольку участковый терапевт – «главная фигура на участке и в системе охраны здоровья населения» [4, с.319]. Это самый массовый представитель врачебной общности, работающий на

врачебном участке, под которым понимается «определенная по численности населения (взрослых, детей, женщин) территория или по количеству работающих часть производственного объекта (объектов), закрепленная за участковым врачом» [3].

Фельдшеры и медицинские сестры отличаются от врачей не столько уровнем образования, а сколько сугубо исполнительской функцией (выполняют распоряжения врачей), или чисто профилактической работой. Фельдшеры и медсестры брать консультации у врачей в случае отсутствия знаний в определенной области медицины.

В целом, общность пациентов - это объединение индивидов, имеющих потребность в получении медицинских услуг и реализующих данную потребность в форме обращения к медицинским работникам. Эта общность – фрагментарная, т.е. состоит из представителей различных профессий, этносов, пола, возраста и других характеристик.

Рассмотрим подсистему медицинского обслуживания. Существуют виды медицинской помощи, оказываемой сельскому населению, такие как: стационарная, амбулаторная, экстренная.

Стационарная медицинская помощь оказывается социальной общности сельских пациентов в участковых и районных больницах, носящих в наше время статус бюджетных организаций [6]. Амбулаторная медицинская помощь предоставляется в участковых больницах (амбулаториях) и районных поликлиниках [5]. Экстренная медицинская помощь производится Службой Скорой (экстренной) помощи, которая несет круглогодичную обязанность приезжать на дом к больному и оказывать необходимую врачебную помощь, и даже в случае необходимости забирать его на излечение в районную больницу. Кроме того, в систему сельского здравоохранения входит еще и доврачебная медицинская помощь – это обязанность оказания фельдшерско-акушерских пунктов, в которых работают медицинские работники по профессии не выше фельдшера. В

сельских поселениях наиболее часто врачебная медицинская помощь оказывается на территории специально выделенного врачебного участка.

Подвергнем анализу подсистему медучреждений. В систему сельского здравоохранения включены следующие виды медицинских учреждений. Поликлиника - «специализированное лечебно-профилактическое учреждение, в котором оказывается медицинская помощь приходящим больным, а также больным на дому осуществляется комплекс лечебно-профилактических мероприятий по лечению и предупреждению заболеваний и осложнений» [4, с. 317].

Амбулатория отличается от поликлиники уровнем специализации и объёмом деятельности.

Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП) – «медицинский пункт, входящий в состав сельского врачебного участка и осуществляющий под руководством участковой больницы (амбулатории) комплекс лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий на определенной территории» [3]. ФАП – это самый первый доврачебный пункт обращения сельских жителей за медицинской помощью. Участковая больница (амбулатория) составляет график выезда врачей на ФАП. Приезд врача заранее сообщается жителям сельского поселения и наиболее отдаленных деревень, чтобы потенциальные пациенты имели возможность посетить врача и получить необходимую консультацию.

Проанализируем подсистему управления. Управление российским сельским здравоохранением осуществляется на трех уровнях – федеральном, региональном и местном. Федеральный уровень управления представлен высшими правительственными структурами, например, Министерство здравоохранения РФ. Региональный уровень управления осуществляется департаментами здравоохранения, функционирующими в правительствах субъектов РФ. Местный (или муниципальный) уровень управления представлен департаментами здравоохранения административно-территориальных единиц субъектов РФ

Рассмотрим подсистему норм и санкций. В системе сельского здравоохранения России действует нормативные акты, принимаемые на федеральном уровне управления здравоохранением. В Российской Федерации действуют такие законы как Конституция РФ от 12 декабря 1993 года, ФЗ РФ от 29.11.2010 №326 «О медицинском страховании в Российской Федерации» *(в редакции Федерального Закона РФ от 14.06.2011 № 136)*, «Основы законодательства Российской Федерации об Охране Здоровья Граждан» (в ред. Указа Президента РФ от 24.12.1993 № 2288; федеральных законов от 02.03.1998 № 30-ФЗ, от 20.12.1999 № 214-ФЗ) и другие нормативы. В настоящий момент происходит попытка урегулирования процессов, протекающих в системе сельского здравоохранения, с помощью механизмов обязательного медицинского страхования (ОМС). До 2013 года некоторые фельдшерско-акушерские пункты, как правило, находящиеся в самых отдаленных сельских поселениях, не входят в область действия стандартов (квот) ОМС.

Особый интерес представляют нормы и санкции, на основе которых выстраивают взаимодействие медработники и пациенты. При этом они имеют как формальный, так и неформальный характер. Так, медработник обязан принять пациента, оказать ему первичную медицинскую помощь. Пациент обязан выполнить рекомендации врача.

Социальная общность пациентов функционирует на основе нормативного поведения, которое предписано как в нормативных актах, так и в неформализованном поле социальных норм. В первом случае речь идет о тех правилах, которые предписаны пациенту в силу его статуса, например, при лечении в стационаре. Нарушения стационарного режима (употребление алкоголя и т.п.), который регламентирован, влечет за собой санкции в виде отказов в стационарной помощи и в выдаче листа временной нетрудоспособности. Во втором случае неформальные нормы, становление которых уходит в далекое в прошлое, например, предписывают действия

пациента при посещении врача. Врач осведомляется о жалобах пациента, а пациент рассказывает о своих проблемах со здоровьем.

Индивид должен успешно нести «роль больного», чтобы представители социальных общностей, в которые входит индивид, с достоинством оценили и одобрили действия исполняющего «роль больного». В период времени, когда индивид несет «роль больного», другие индивиды, сотрудничающие с ним, не должны присваивать ему клеймо «девианта», (человека, отклоняющегося от общепризнанных норм, а вернее от трудовой деятельности).

Санкции за нарушения требований медицинскими работниками продемонстрированы и в Уголовном Кодексе РФ. Медицинским работникам может грозить как штраф, так и реальное лишение свободы с местом отбывания в учреждениях российской пенициментарной системы.

В целом, методология исследовательского поиска сельского здравоохранения как социальной системы с позиций социологической науки видится весьма перспективной. Изучение особенностей и проблем функционирования каждой из представленных выше подсистем требует обращения и к эмпирическим данным, с помощью которых можно определить проблемные зоны и разработать специальные мероприятия по их устранению.

Литература

1. Асп Э.К. Введение в социологию: учебник для вузов. СПб.: Алетейя, 1998. С.31 URL: <http://www.sbiblio.com/forum/>
2. Захаров Н.Л. Специфика социальной системы России. – Ижевск, Изд-во УдГУ, 2000. С.21 URL: <http://www.sbiblio.com/forum/>
3. Краткая медицинская энциклопедия. Глав.ред. Академик Петровский Б.В. М.: Изд-во «Советская энциклопедия», изд. 2-е, 1989 URL: <http://www.golkom.ru/kme/03/1-238-1-3.html>
4. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. 7.1. с.319

5. Медицинская Энциклопедия. Справочная информация по медицине.
URL: <http://medencped.ru/ambulatornaya-pomoshh/>
6. Памятка владельца полиса ОМС.URL:
<http://www.youpolis.ru/medpom/stac/>
7. Щепаньский Я. Элементарные понятия социологии. М.: «Прогресс», 1969. С.115. URL: <http://www.sbiblio.com/forum/>

Лугинина А.Г.,
г. Екатеринбург

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ РУКОВОДЯЩИХ ДОЛЖНОСТЕЙ УЧРЕЖДЕНИЙ СФЕРЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Эффективность выполнения управленческих функций, принятия и реализации управленческих решений определяется уровнем профессиональной компетентности руководителей.

В условиях интенсивных социальных перемен потребность в высококвалифицированных руководителях, обладающих соответствующими современным требованиям профессиональными навыками, все более возрастает. Повышение требований к личностно-профессиональным качествам руководителей социальной службы, их опыту, умениям, способности осуществлять личностное и профессиональное развитие, иными словами, ко всему, что связано с их профессиональной компетентностью, обусловлено в первую очередь высокой сложностью управленческой деятельности. Так же это обусловлено динамичностью управленческой ситуации, многоплановыми преобразованиями, наличием властных полномочий, жесткими и нередко противоречивыми требованиями, предъявляемыми к субъекту управленческой деятельности [1].

В связи с особой значимостью проблема профессиональной компетентности управленческих кадров давно стала объектом анализа и